



Por Miguel Ángel García Coto - Médico psiquiatra de niños
Director de GrupoCIDEP
Enero 2014

Autismo patológico

Factores que podrían influir en la variabilidad expresiva de cada persona.

Podemos encontrar dentro de los niños diagnosticados según el DSM 5 una gran variabilidad expresiva, que en algunos casos podría encuadrar en las variedades clínicas descritas en los subtipos de Wing.

En algún momento se comenzó a hablar de síndrome (ver también Asperger), y esto es fundamental pues a medida que podemos ir tomando modelos neuropsicológicos que nos permiten otras lecturas de la conducta podemos identificar disfunciones cada vez más específicas que requieren también intervenciones focalizadas.

Hablar de síndrome implica aceptar que tal vez el autismo puede ser a la clínica psicopatológica algo así como la fiebre a la clínica general (Charles K. Wing): son muchos los trastornos que se presentan con fiebre, luego descubrir la fiebre es solo el comienzo de la exploración.

Entonces: encontrar signos de autismo en un niño:

¿no es nada más que comenzar una exploración que nos lleve a entender que es lo que en realidad le pasa a ese niño?.

Me parece interesante tener en cuenta esta postura semiológica que nos lleva a considerar que:

No hay un autismo, hay muchos autismos.

Y TODOS LOS QUE REQUIERAN TRATAMIENTOS

(debemos aprender a entender que hay personas que conviven con su autismo y tal vez no necesiten tratamientos, en tanto no tengan limitaciones a su autonomía)

deben ser tratados desde tal vez diferentes hipótesis psicopatológicas, evolutivas, comunicativas, cognitivas, neuro-cognitivas (por supuesto emociones incluidas), representacionales, ambientales, neurobiológicas y psicológicas al menos.

Luego las actuales clasificaciones son construcciones que denotan un estado actual transitorio que funciona como base para seguir explorando en la individualidad del niño.

Autismo: Un trastorno con diferentes perfiles conductuales.

La clasificación del manual DSM 5, es politética: está diseñada de tal modo que los criterios para el diagnóstico (en los criterios se especifica por ejemplo: al menos dos conductas de las q a continuación se mencionan:) admiten niños con diferentes perfiles conductuales.

Nuestra opinión clínica atribuye estas diferencias a factores tales como:

a. Epistaxia:

La opinión generalizada admite diferencias fenotípicas en los niños con TEA y las atribuye a la convergencia multigénica: algunos plantean la convergencia de gran cantidad de genes necesarios para la expresión del cuadro completo.

i. la interacción de los supuestos genes vinculados al autismo con los genes diferenciales propios de cada individuo.

b. Trastornos diferentes bajo un fenotipo similar:

i. en la medida en que podamos saber mas del genotipo involucrado podremos incluir criterios diagnósticos que reformulen las actuales categorías. Hoy se agrupa bajo el concepto genérico de TEA una gran cantidad de cuadros clínicos de naturaleza diversa y que requieren por lo tanto tratamientos totalmente diferentes.

ii. ¿O esto estaría relacionado con la condición de síndrome ya mencionada?

c. Temperamento:

como el conjunto de rasgos conductuales espontáneos y reactivos propios de una persona y no dependientes de un trastorno psicopatológico en particular. Por el contrario lo que podemos pensar es que los rasgos temperamentales pueden: predisponer modalidades de reacción y gestión de vivencias por un lado y también el perfiles diferenciales de ciertos cuadros clínicos.

i. en relación con el anterior, la expresión fenotípica será diferente en la medida en que el trastorno asiente en un niño con una disposición temperamental de tipo inhibido o desinhibido (Jerome Kagan) o bien tomando otras clasificaciones (Chess y Thomas): fácil, difícil u on-off. La capacidad de reacción a la novedad como rasgo temperamental, puede estar enmascarada por la modalidad cognitiva del niño con TEA así como también la irritabilidad y la reactividad frente a estímulos sensoriales.

d. Género:

i. Si tomamos el modelo de autismo como expresión excesiva de los rasgos del cerebro masculino (sistematicidad) frente al femenino (empatía), (Baron-Cohen et al.) entre otras cosas sería legible el dato epidemiológico de la incidencia: 4 varones /1 mujer en Autismo nuclear y hasta 8 varones/1 mujer en algunos estudios sobre Asperger. En las mujeres el autismo severo aparentemente podría estar ligado con mayor frecuencia al Retraso Mental.

En las mujeres, supuestamente el cerebro social estaría mucho mas desarrollado que en los hombres, de todos modos si esta hipótesis del cerebro social fuera válida, ante la disfunción: las diferencias signológicas deberían ser mínimas, salvo que por epistaxia o por modalidad educativa se estimulen zonas vicarias que desarrollen mas la empatía y la sociabilidad. ¿Porque decimos q deberían ser mínimas?, porque si es el cerebro social disfuncional en ambos varones y mujeres, ¿porque tendrían que ser diferentes?.

Sin embargo los estudios que se están haciendo de TEA femenino marcan diferencias muy claras entre la expresión autística femenina y masculina.

¿hay diferente impacto en el cerebro social?,

¿o este no es tan central en la posible explicación de los TEA?.

algunos autores vienen haciendo estudios respecto a las diferencias de desempeño según el género y encuentran muy pocas variaciones relacionadas con el mismo en ítems tales como: matemáticas, lenguaje verbal, resolución de situaciones, socialización y otros. Plantean como de una influencia posiblemente mayor otras variables como las socioculturales y creencias interiorizadas.

Esto es importante?

Si, porque nos plantea una redirección en la búsqueda.

Y esto de ninguna manera implica negar la gran importancia para el desarrollo evolutivo de inputs sociales tales como las expectativas de género, y lo que algunos llaman la amenaza de estereotipo: actuar de acuerdo a lo que se espera. (ver el próximo ítem: genética conductual).

Por lo tanto mencionar hipótesis como esta del cerebro hipermasculino, no implica adherir textualmente a ella. Es interesante tomar lo relacionado con la modalidad cognitiva por un lado y seguir discutiendo con los autores sus teorías con la evidencia de la respuesta a la intervención terapéutica.

e.Genéticaconductual:

por un lado los padres van a tender a estimular en sus hijos aquellas funciones que están mas desarrolladas en ellos mismos. y por el otro lado los niños van a evocar en los adultos aquellas actitudes que tienen que ver con sus propias características: tal vez un niño q no responde convencionalmente al acercamiento de los demás está desestimulando en ellos (los adultos) la aproximación y comprometiendo el desarrollo de su propia socialización. Por genética conductual podemos comprender que los diferentes tipos de ambientes (ambiente-tipos) posibles en los que se incluye el niño al nacer están fuertemente influidos por las características parentales, luego la tendencia natural de ellos se inclinará a la estimulación de los rasgos propios.

f. Dinámica familiar:

i. una organización familiar complementaria y flexible que se adecua a la modalidad comunicativa y cognitiva del niño funcionaría como Factor de Protección para el desarrollo. A la inversa

ii. una estructura familiar simétrica y rígida con dificultades para acomodarse a las peculiaridades del niño sería un Factor de Riesgo en tanto no facilitaría la adaptación a los recursos propios del niño y por lo tanto a su desarrollo individual.

ii. En este apartado se habla de factor de riesgo o de protección en términos de mejor o peor evolución y no de determinación del trastorno. **Tanto el FR como el FP participan aumentando o disminuyendo la vulnerabilidad pero “no determinando una patología específica”.**

g. Modalidad Vincular:

i. los niños autistas presentan claras conductas de apego con sus familiares inmediatos.

Probablemente el apego cristaliza conductas de juego, aproximación y comunicación básicas, sobre todo juegos corporales y de contingencias seguras e inmediatas. Tal vez su modalidad cognitiva y relacional obstaculicen el desarrollo evolutivo del apego hacia la construcción de un vínculo empático convencional. Esto se va a manifestar clínicamente en la ausencia de indicadores convencionales y evolutivos de vínculo: toma de referencias sociales, atención compartida, uso flexible de la mirada habitual y distancia empática autonómica (generada tanto desde el niño como desde el adulto). Un intento de compensar el déficit vincular aparece en la estructura diádica cristalizada descrita por Margareth Mahler en 1942 y conocida como Síndrome de Sigfrido: cronificación fija de un modelo de complementariedad del adulto hacia el niño sin cambios relacionados con lo evolutivo. Ejemplo: a.- el adulto que sigue dándole de comer al niño en la boca aún cuando este tenga habilidades para hacerlo solo. b.- el niño que no intenta comer solo aún cuando tenga las habilidades motrices adecuadas para hacerlo.

Nosotros lo llamamos Complementariedad Disfuncional y lo consideramos una etapa necesaria en la que el adulto se adapta a las modalidades comunicativa y evolutiva del niño preservando de ese modo un sistema comunicativo común. Este sistema es funcional en un principio y deviene inadecuado en la medida en que la díada vincular se paraliza en un patrón fijo de complementariedad que impide la evolución mutua. Consideramos que, en muchos casos, sucede como consecuencia de las dificultades del niño (y la obligada actitud vicaria del adulto) y de su modalidad de aprendizaje: el niño autista aprende principalmente por asociación (aunque también por imitación, esta es selectiva), luego lo que aprendió con la intervención del adulto pasa a ser un patrón (secuencia de conductas necesarias para conseguir una meta) de resolución inmodificable. La ventaja que el niño obtiene en esta situación es está dada por la ausencia de conflicto cognitivo a partir de mantener los mismos patrones fijos de resolución a lo largo del tiempo.

ii. El vínculo parento filial proactivo es el que se sostiene en una relación dialéctica y evolutiva: es el que promueve la comunicación, la autonomía y la exploración evolutiva.

h.Co-morbilidad:

i. esto es la coexistencia de otros trastornos agregados al de base. Ver mas adelante.

i.Trayectoria:

i. es el curso evolutivo de las características comunicativas, relacionales y ejecutivas en general. En la medida que las dificultades se prolongan en el tiempo; por efecto cascada las conductas disfuncionales se consolidan en patrones de resolución poco o nada eficientes, comprometiendo cada vez mas el desarrollo evolutivo convencional.

ii. Considerando el efecto trayectoria es que pensamos que se debe intervenir inmediatamente en las funciones comunicativas, interactivas y de resolución a fin de modificar el curso evolutivo del trastorno. Usamos el concepto operacional de Trayectoria-tipo, como un modelo posible de co-determinación en la conducta. La conducta repetida a lo largo del tiempo determina los futuros referentes en la toma de decisiones, determina el tipo de trayectorias: conductas autónomas es muy probable que puedan evolucionar en términos de dicha autonomía, mientras que las que se ejecutan con la participación (sustitución) constante de otro, tienen mayores probabilidades de mantenerse inmodificables a lo largo del tiempo. En el primer caso la trayectoria es evolutiva e influye positivamente en el desarrollo individual y en el segundo caso la trayectoria es dependiente y puede entorpecer el desarrollo individual en la medida en que no está dando lugar a nuevas conductas posibles.

j.-Ambiente

el ambiente social puede ser complementario o simétrico, pasivo o activo, amigable u hostil, cooperador o desafiante, emocional o neutro, etc. Un ambiente social flexible y de re-acomodación estratégica según las situaciones que se presenten sería el ideal para el desarrollo. De todos modos las configuraciones relacionales entre el individuo y el ambiente determinan el tipo de rasgos a desarrollar y por tanto el perfil conductual y cognitivo del niño.

k.- otros factores a seguir desarrollando ...